

*Colanzi, Irma*

## De brujas y parteras: Disciplinamiento y violencia obstétrica

---

### VIII Jornadas de Sociología de la UNLP

*3 al 5 de diciembre de 2014*

*Cita sugerida:*

*Colanzi, I. (2014). De brujas y parteras: Disciplinamiento y violencia obstétrica. VIII Jornadas de Sociología de la UNLP, 3 al 5 de diciembre de 2014, Ensenada, Argentina. En Memoria Académica. Disponible en:*

*[http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.4494/ev.4494.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4494/ev.4494.pdf)*

Documento disponible para su consulta y descarga en **Memoria Académica**, repositorio institucional de la **Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (FaHCE)** de la **Universidad Nacional de La Plata**. Gestionado por **Bibhuma**, biblioteca de la FaHCE.

Para más información consulte los sitios:

<http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar>    <http://www.bibhuma.fahce.unlp.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia 2.5 de Creative Commons Argentina.  
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 2.5

### **De brujas y parteras: disciplinamiento y violencia obstétrica**

Autora: Irma Colanzi

Pertenencia institucional: CINIG Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. ICJ.

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. UNLP.

Dirección de correo electrónico: [irma\\_ciro@hotmail.com](mailto:irma_ciro@hotmail.com)

#### **Resumen**

Las ciencias médicas y el cuerpo de las mujeres han establecido un vínculo de creciente intervención y medicalización, que evidencia el mecanismo del discurso médico hegemónico al momento de desplegar un disciplinamiento de los cuerpos, especialmente los femeninos y aquellos en posición feminizada.

En este trabajo se problematizará el lugar de la mirada en el nacimiento de la clínica (Foucault, [1963], 2003), que cambia en función del vínculo entre médico y paciente.

La clínica ha dispuesto diferentes tipos de tecnologías orientadas a las mujeres en un determinado ciclo vital: la etapa reproductiva (Fernández, 2012), que marca la intervención de las situaciones de embarazo, parto y puerperio.

Se analizará entonces las intervenciones clínicas orientadas a la figura de la mujer – madre – reproductora y a las escenas guionadas que la medicina propone en el tratamiento obstétrico. De acuerdo a la Ley 26.485 la Violencia Obstétrica “es aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929” (Art. 6).

Al analizar la violencia obstétrica, se hará énfasis en la vulneración del ejercicio cívico de la voz de las mujeres (Cháneton & Oberti, 2003), en el momento en que las mujeres reclaman sus derechos en el ámbito de la salud.

## **De brujas y parteras: disciplinamiento y violencia obstétrica**

### **Introducción**

El cuerpo femenino como territorio de control y disputa, espacio de subordinación y agencia a su vez, ha sido objeto de vigilancia de saberes, representaciones y prácticas. El discurso médico hegemónico ha disputado ese territorio incorporando tecnologías diversas y estableciendo determinantes de la salud que en gran medida y por siglos han invisibilizado los padecimientos de las mujeres.

Las mujeres son objeto del ejercicio de múltiples tecnologías médicas, especialmente en un determinado ciclo vital: la edad reproductiva.

En este trabajo nos proponemos problematizar las prácticas que se ejercen sobre el cuerpo de las mujeres en los momentos de embarazo, parto y puerperio. Períodos en el que la escena somática adquiere un valor privilegiado y cuando se produce el desplazamiento de la figura de mujer sexuada a la de madre reproductiva – productiva.

El avance normativo, si bien parcial, ha permitido nombrar y producir acto de palabra visibilizando la violencia obstétrica como actividad de disciplinamiento que se ejerce sobre el cuerpo femenino y los cuerpos “feminizados”. En la Ley Nacional 26. 485 se incluye la modalidad de violencia obstétrica como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929” (Art. 6).

La violencia obstétrica supone principalmente la vulneración del cuerpo de las mujeres en etapa reproductiva, objeto de disciplinamiento, en los Servicios de Ginecología y Obstetricia. Asimismo, este mecanismo de suplicio exige un análisis que permita nombrar las prácticas lindantes con la tortura que padecen las mujeres y que son naturalizadas, aceptadas y promovidas por lxs efectores de salud.

### **Brujas y parteras**

Las parteras consideradas brujas y perseguidas por ello fueron figuras que permiten pensar en una categoría acuñada por Foucault, quien a partir de su aporte metodológico

establece un continuum de prácticas de castigo que van delimitando tramas en espejo que conllevan a la reproducción de las políticas de atrocidad y violencia.

Las brujas – parteras, perseguidas e inscriptas como “enemigas públicas”, algo palpable en el texto *Malleus Maleficarum* (El martillo de los brujos), escrito en 1486 por dos monjes dominicos, convirtiéndose en el manual indispensable y la autoridad final para la Inquisición, para todos 'los jueces, magistrados y sacerdotes, católicos y protestantes, 'en la lucha contra la brujería en Europa.

Esta publicación instituye la lógica del enemigo, que se ha desplazado a lo largo de los siglos y encarnándose en diferentes figuras. En este continuum foucaultinano la bruja – partera – enemiga pública, atenta contra el control del cuerpo de las mujeres, cuerpos reproductivos.

Nadia Ledesma Prieto sostiene que “en el devenir histórico, como ha señalado el pionero trabajo de Marcela Nari, la permeabilidad de estos discursos en el discurso cotidiano y en las políticas públicas dispuso que la capacidad reproductiva parezca ser solo cosa de mujeres. Sin embargo, con ello únicamente se hace referencia a su capacidad de gestar en su cuerpo al embrión, que no es lo mismo que capacidad reproductiva. Así pues, las mujeres se convirtieron en sujetos de algunos derechos, y otros les fueron vedados debido a su capacidad potencial de ser madres: en este caso, el derecho a decidir sobre su cuerpo” (Ledesma Prieto, 2012:1). Los derechos sexuales y los derechos reproductivos han estado supeditados a la voluntad del sujeto de la razón, quien dispone y arbitra las medidas que considera pertinente sobre el cuerpo de las mujeres.

Las parteras en muchos casos efectuaban prácticas de interrupción del embarazo y control de la natalidad, por lo tanto, constituían un enemigo público y atentaban con la lógica metaestable del patriarcado (Femenías, 2008) que se adjudica la potestad de decidir sobre el cuerpo de las mujeres.

La medicalización del cuerpo femenino visibilizó al mismo como objeto de tecnologías. La etapa reproductiva de las mujeres concentra la mayor cantidad de acciones y tecnología en los servicios de salud. Esto evidencia la magnitud y la gravedad de una de las dimensiones de violencia que padecen las mujeres: la violencia obstétrica, que marca el ejercicio de la sexualidad y de los derechos reproductivos de las usuarias de los servicios de salud. De esta manera se evidencia la imperiosa necesidad de incorporar el enfoque de género en las políticas de salud, con el fin de promover la desnaturalización de procesos de coacción, medicalización y prácticas de tortura en los cuerpos femeninos en el embarazo, parto,

puerperio, como también en las prácticas de rutina que en muchos casos violentan la intimidad y no se adecuan a un trato digno y respetuoso del cuerpo femenino.

La Medicina como discurso hegemónico ha construido una retórica que constituye una grave vulneración al ejercicio de la ciudadanía de las mujeres. El empleo de términos que resultan intimidatorios y que fortalecen la idea de desprotección – situación de intemperie de las mujeres caracteriza la escena guionada (Cháneton. Oberti, 2003) que construyen los efectores de salud. En tal sentido, Nadia Ledesma Prieto (2012) refiere que “ la utilización de categorías como "embarazo forzado" y "embarazo no viable", para representar la experiencia de las mujeres que se ven obligadas a continuar el proceso que se inició en sus cuerpos contra su voluntad, apuntan a desnaturalizar y evidenciar el proceso de construcción de la identidad femenina asociada a su papel en la reproducción de la especie desde los discursos hegemónicos” (Ledesma Prieto, 2012:1).

### **Los derechos sexuales y reproductivos en la agenda pública**

Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres se han incorporado en la agenda pública a través de las luchas feministas. Los colectivos de mujeres han visibilizado el ejercicio del derecho cívico a la decisión sobre el propio cuerpo, sin embargo, estos derechos han sido vulnerados tanto por la institución médica como corporación, como también por la Iglesia y el Estado.

Esta vulneración de derechos se vincula con el desdibujamiento de la voz de las mujeres en un debate que es inherente a su condición de mujer – madre en el ámbito público.

Diversas coyunturas de luchas han podido avanzar en el debate sobre el cuerpo femenino y el ejercicio de la sexualidad.

Claudia Bonam (2004) evidencia la influencia de la lucha feminista especialmente a partir de las décadas de los `60 y `70, en América Latina y en el mundo, que permitió abrir un espacio de discusión sobre “los significados y las reglas atribuidas a la sexualidad y a la reproducción, y su papel en la estructuración de las relaciones de subordinación entre hombres y mujeres”. (Bonam, Claudia. 2004:2).

Como hecho histórico relevante Bonam hace referencia al IV Encuentro Internacional Mujer y Salud en Amsterdam, en el que grupos feministas remarcaron que los derechos reproductivos constituían un área extensa de reflexión que requería de la producción de nuevos conocimientos y de la identificación de nuevas demandas.

En 1994, el concepto de derechos sexuales y reproductivos se consagró institucionalmente en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, realizada en El Cairo. La terminología derechos sexuales y reproductivos comienza a difundirse alrededor del inicio de la década del 90, reflejando desdoblamientos de procesos políticos y cognitivos que hicieron posible una mayor expresión del tema de la sexualidad en el primer plano de la escena.

En ocasión de la Conferencia de El Cairo (1994) y de la Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995), los derechos sexuales fueron blanco de intensas negociaciones, conflictos y arremetidas entre feministas y un bloque de países conservadores liderados por el Vaticano y por países islámicos. La Plataforma de Acción de Beijing aprobó un párrafo referente a esos derechos, sin, entretanto, explicitar la expresión derechos sexuales (Corrêa, 1999). A partir de la segunda mitad de la década del 90, intelectuales feministas de varias partes del mundo realizan esfuerzos más específicos e intensos en el sentido de una mayor conceptualización teórica de los derechos sexuales.

En el Segundo Informe Hemisférico sobre la implementación de la Convención Belém do Pará del Mecanismo de Seguimiento de la Implementación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. MESECVI (2012) se establece que *“se evidencia una forma de violencia de género que nace de la negación de importantes derechos humanos vinculados a los derechos a la vida, salud, educación, seguridad personal, a decidir sobre la vida reproductiva, a decidir el número de hijos e hijas y cuándo tenerlos, a la intimidad y la libertad de conciencia y de pensamiento de las mujeres, entre otros derechos. En legislaciones donde los derechos sexuales y reproductivos no son protegidos ni reconocidos se puede incurrir efectivamente en graves violaciones a estos derechos, traducidas en el desconocimiento sobre sus derechos sexuales y reproductivos, la esterilización forzada, las altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, entre otros. Quienes más arriesgan y corren peligro son las mujeres más vulnerables: mujeres empobrecidas, jóvenes, y mujeres de los sectores rurales respecto a quienes el acceso a la salud es un grave problema y deben recurrir a prácticas insalubres y peligrosas.”* (MESECVI, 2012:58).

*En lo que respecta a la violencia obstétrica, en el informe antes mencionado consta que Venezuela fue el primer país en definir esta modalidad, en el art. 15 inc. 13 de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Se define a la violencia obstétrica como: “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de*

*medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres” (Mescevi, 2012:38).*

La Ley Nacional 26.485 de Protección integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, define como una modalidad de violencia contra las mujeres a la violencia obstétrica:

*“Violencia Obstétrica: es aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929” (Art. 6).*

Por otro lado, la Ley N° 25.929 de Parto Humanizado establece que toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.

b) A ser tratada con respeto, de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.

c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.

d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.

e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo/a en general, haciéndola partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética de la institución.

g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.

h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Art. 2do de la ley 25.929.

La Ley N° 25.929 en su Art. 1° establece que los preceptos de la misma son de aplicación tanto en el ámbito público como en el privado, en el ámbito de la atención en salud, en todo el territorio de la Nación. Asimismo, en su Art. 6° establece que quienes presten servicios de atención deben garantizar en sus acciones las obligaciones previstas por esta ley.

Cabe señalar que el incumplimiento de las obligaciones emergentes de la ley 25.929, por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga, como así también por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que éstos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder<sup>2</sup> (Extraído del Informe Anual 2013 del Observatorio de Violencia de Género de la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires).

Pese a la normativa vigente aún los efectores de salud desconocen los instrumentos legales, metodológicos y técnicos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

En consonancia con lo anterior el Comité de Expertas/os del MESECVI advierte su preocupación porque si bien los Estados sancionan plexos normativos en los que se incluye la modalidad de violencia obstétrica, *“no mencionan la existencia de protocolos o guías de atención que permitan implementar su aplicación efectiva en os centros de salud y garantizar el acceso de las mujeres a dicho procedimiento. Solo Argentina y Jamaica reportaron contar con guías de atención en estos casos; pero no brindan información sobre su aplicación efectiva, los obstáculos encontrados en su implementación, ni las medidas adoptadas para remover dichos obstáculos”* (MESECVI, 2012:41).

La Argentina cuenta con protocolos de actuación para los efectores de salud, tal es el caso de los protocolos del Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género, que cuenta con 6 protocolos de actuación, uno de los cuales se orienta a la atención de los abortos no punible. Sin embargo, la institución médica ampara el desconocimiento de los efectores de salud y deja supeditado al voluntarismo de algunos actores, como ser los jefes de regiones, la aplicación del mismo.

Asimismo, tanto el Consejo Provincial de Mujeres como el área de Género del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, han lanzado una campaña que se centra en la obligación de la mujer de exigir sus derechos, sin embargo el acceso a la salud no puede estar supeditado a la exigencia de las mujeres en relación con el cumplimiento de protocolos y de las leyes vigentes, porque claramente este es otro modo de garantizar el artificio del

---

<sup>2</sup> Art. 8vo de la ley 25.929.



ejercicio del poder sobre las mujeres en el momento de mayor vulneración como es el caso del embarazo y el parto.

Estas prácticas vejatorias que configuran la violencia obstétrica no sólo ocurren en las instancias de abortos, post aborto y parto, sino también en las prácticas de rutina de los Servicios de Toco ginecología y Obstetricia.

### **Silenciadas y anónimas: mujer e institución médica**

*“ Es porque lo viven con el cuerpo. Se plantea el problema desde su especificidad de género. Los varones pueden compartir el momento si las mujeres lo habilitan, pero están afuera del proceso. Se necesitan de dos partes para procrear, pero es sólo el cuerpo de la mujer el que sostiene física y psíquicamente ese embarazo”.*

July Cháneton.

En entrevista "La culpa ante el aborto tiene que ver con una moral burguesa". 20 de marzo de 2011.

Revisando las continuidades que detecta Foucault en relación con la construcción de dispositivos de disciplinamiento e imágenes de enemigos públicos, los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres son analizados como amenazas que hay que suprimir y silenciar. En tal sentido, cobra un papel fundamental la categoría de testimonio, vinculado con la voz de denuncia, de visibilización de la opacidad de la microfísica del poder punitivo. Surge en relación a este aspecto el lugar moralizador que ha tenido históricamente el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres.

El testimonio de las mujeres que dan cuenta de la vulneración que viven en los Servicios de Guardia, Ginecología y Obstetricia, es descarnado y evidencia situación de alto grado de vulneración y angustia.

Una mujer señala que la primera medida que tomaron en la guardia fue indicarle a su marido que debía retirarse de la sala y esperar afuera. Esta situación fue denunciada por la reclamante quien manifestó:

*“Esta situación me generó nervios y angustia, al quedarme sola, con el natural dolor del trabajo de parto y sin la contención de mi compañero”<sup>3</sup>.*

Esta actuación de los efectores de salud, transgrede lo establecido por la Ley de Parto Humanizado que establece como un derecho el acompañamiento de la mujer durante el desarrollo del parto.

Al ingreso en la Sala de Guardia, la médica obstetra de ese servicio indicó un monitoreo y durante el mismo en una contracción observaron que habían disminuido los latidos. Si bien la médica que estaba asistiendo a la paciente le indicó que esto se debía a que no se estaba oxigenando bien y que debía respirar, la obstetra de la guardia indicó una cesárea urgente.

*“Le dije que quería un parto natural, me dijo que no, y NO REALIZÓ NINGUNA ACCIÓN PARA EVITAR LA INTERVENCION QUIRÚRGICA, sabiendo que yo no quería esta operación, no me ayudó a tranquilizarme, no me indicó como respirar, no me daba oxígeno, no me hizo pararme o cambiar de posición, simplemente me hizo permanecer acostada y ordenó la cesárea(...)En minutos tenía cuatro personas encima, sacándome la ropa, pinchándome, afeitándome, yo lloraba, preguntaba por mi marido, y le pedía a la medica una y otra vez que quería entrar con mi marido al quirófano. A lo cual “x”(hace referencia en el escrito y en el relato a la médica) me responde que no se puede. En simultaneo siento como se burlaban entre ellas de otra parturienta que ya aguardaba en sala de partos, “Esta descontroladisima” comentan y en un momento oigo también como se burlaban de mi y mi requerimiento de que mi marido me acompañe.Finalmente no logro ingresar acompañada al parto de mi hijo, pese a que la LEY DE PARTO RESPETADO nos garantiza estar acompañadas en tan importante momento.”*

En la Clínica, luego de la cesárea, la usuaria manifiesta: *“No fui protagonista de mi propio parto, era como si estuviera ausente (...)Cuando al fin sacaron a mi hijo, contrariamente a lo que nos explicaron en el curso de pre parto, en cuanto a la importancia del primer contacto del niño con la madre, de poner un segundo al bebe en el pecho de la mama, para que esta pueda recibirlo y besarlo, a mi hijo se lo llevaron, sin siquiera acercarlo a mi para que lo vea, lo bese; me negaron ese momento tan mágico. QUE PONGAN AL BEBE EN EL PECHO DE LA MADRE APENAS NACE ES UN DERECHO.En un momento, sin decir nada, todo el equipo se había*

---

<sup>3</sup> El testimonio de la paciente fue entregado por escrito a este OVG en entrevista personal con el equipo del OVG. Se han respetado las mayúsculas que figuran en el documento presentado por la reclamante.

*retirado a asistir el otro parto, y quede sola con una enfermera, me pasaron a una camilla, y de allí me llevaron a un pasillo, donde estuve sola cerca de media hora calculo. En un momento paso la enfermera y ante los gritos de la otra parturienta me comento “Viste y vos querías parto natural”, luego de un rato largo y cuando volvió a pasar la misma enfermera pregunte por mi hijo a quien todavía no había visto, “es una nena” pregunto, “no, un varón”, “no sé, ya lo van a traer”.*

*(se respetaron la mayúsculas de la testificante, de acuerdo al documento escrito presentado ante el Observatorio de Violencia de Género).*

Este testimonio presenta en primer lugar la devastación y angustia de una mujer en un momento de total vulneración, como es el parto. La reclamante alude a la indefensión y angustia que vive, y frente a su reclamo y exigencia, la total indiferencia de los efectores de salud.

July Cháneton y Alejandra Oberti (2003), en el análisis de un caso de aborto no punible, refieren a la simple exigencia de la paciente por reclamar su acceso a la salud, en función del ejercicio cívico de su voz, que su voz sea tenida en cuenta. La voz y el pedido de la reclamante claramente no sólo es desoído, sino que recibe maltrato psíquico, lo que configura violencia psíquica obstétrica a partir de las burlas y la no escucha por parte del personal de salud.

En relación con esto Cháneton y Oberti sostienen que en este tipo de testimonios se observa un “persistente posicionamiento inicial como usuario que sufre un problema de salud y que en ese carácter espera que se le brinde asistencia adecuada”(Cháneton. Oberti,2003:3). La asistencia a la que se refiere la reclamante se ajusta a la Ley 25.929 de Parto Humanizado.

Se observa además que la usuaria del reclamo conoce sus derechos y reclama los mismos frente al personal de salud, dando cuenta de recursos simbólicos propios de la clase media. Sin embargo, en muchos casos las usuarias de servicios de salud pertenecen a sectores vulnerados y no se encuentran en condiciones de efectuar este tipo de reclamos. Esto permite visibilizar la necesidad imperiosa de capacitación efectiva de los efectores de salud, quienes son en primer lugar los que debieran conocer el plexo normativo y los protocolos de actuación, de carácter obligatorio.

La paciente señala “*El trato durante la cesárea fue horrible, fui llorando, muerta de miedo, los médicos se manejaron como si yo no estuviera allí, como si estuvieran manipulando un objeto, charlaban entre ellos y solo se dirigieron a mí para decirme que deje de llorar. No fui protagonista de mi propio parto, era como si estuviera ausente*”. Se observa

un trato desubjetivante en el que la mujer embarazada pierde su estatuto de sujeto de derechos, para pasar a ser un cuerpo disciplinado. En este sentido Oberti y Cháneton toman analizan un testimonio en el cual la protagonista refiere que “en un momento una no existe más, está embarazada, deja de ser una persona, pasa a ser una embarazada, nada más, nada más, y eso es un nivel de crueldad”.

En consonancia con lo anterior, el reclamo de la paciente se vincula a la operación de cosificación del personal de salud frente a su cuerpo en situación de parto. Esto se relaciona con el lugar de las mujeres en la sociedad, como los objetos pactados del Contrato Social/Sexual que analiza Carole Pateman: “En su prolijo análisis, Pateman pone de manifiesto varios presupuestos de la teoría del Contrato: la idea de que si un individuo pacta o acepta voluntariamente una situación de sometimiento incluso por una vulnerabilidad transitoria (el embarazo, p.e.), el acuerdo se legitima de por vida; la idea de la individualidad se configura como tal en un grupo de parejas que le reconoce tener el carácter de “sujeto del Contrato”, que excluye a todas las mujeres. (...) En palabras de Pateman, las mujeres son el objeto del contrato: “lo sujetado” o “lo atado” por el contrato” (Femenías, 2008:19).

Se advierte que la mujer pierde su lugar de ciudadana, dado que se produce el desvanecimiento del lugar de sujeto de derechos, quedándose sin voz. La paciente reclama y exige, pero los efectores de salud desoyen sus requerimientos, que además se ajustan a lo que debería ser la actuación efectiva de los médicos/as y enfermeros/as.

Se produce una dialéctica que Cháneton y Oberti conceptualizan como un yo frente a un plural. El yo de la mujer embarazada frente al plural de la corporación médica y sus preceptos institucionalizados que conciben el cuerpo femenino como posesión, como cuerpo dócil y disciplinado.

El embarazo configura de esta manera un espacio enunciativo de no existir, (Cháneton. Oberti, 2003) no hay posibilidad de exigencia y/o reclamo, no hay voz.

*La paciente refiere que “en un momento, sin decir nada, todo el equipo se había retirado a asistir el otro parto, y quede sola con una enfermera, me pasaron a una camilla, y de allí me llevaron a un pasillo, donde estuve sola cerca de media hora calculo. En un momento paso la enfermera y ante los gritos de la otra parturienta me comento “Viste y vos querías parto natural”. Se visibiliza de esta manera la dificultad de penetrar las prácticas y sentidos del discurso médico, impermeabilizado a las voces de las mujeres, sin intersticio, sin rendija.*

El discurso médico legitima y reproduce los sentidos y prácticas del patriarcado, con el fin de disciplinar las narrativas y los cuerpos femeninos, propiciando la minusvalía cívica de las mujeres y la imposibilidad de decidir sobre sus propios cuerpos.

### **Desafíos y reflexiones**

El 20 de noviembre de 2013 el Consejo Provincial de Mujeres presentó la Campaña “Vos podés”<sup>4</sup>. En la presentación de dicha campaña Cristina Álvarez Rodríguez (Ministra de Gobierno y Presidenta del Consejo Provincia de Mujeres de la Provincia de Buenos Aires) expresó: “Esta iniciativa tiene que ver con la maternidad, con la importancia de evitar la violencia en el parto, con el derecho de estar acompañadas a la hora de ser madres, y con la necesidad de que los centros de salud tengan toda la información para ayudarnos”.

Se advierte de esta manera, como analizan Cháneton y Oberti, que se presenta una escenografía y un guión para las madres, cuyo cuerpo es ahora una cuestión pública y sobre el cual no tienen decisión.

Este guión responsabiliza a las mujeres – madres como las únicas que pueden garantizar sus derechos en función de acceso a la información. En la campaña una de las imágenes muestra un dibujo de una mujer – madre primeriza (que recién comienza a apropiarse del guión de la maternidad) y una familiar con muchos hijos/as que puede informarle a través de su propia experiencia. Claramente se alude a una mujer de los sectores desfavorecidos cuyo acceso a la información se presenta a partir de lo que la institución médica le ha permitido vivenciar en su maternidad. Esta mujer – madre, con experiencia debería transmitir su vivencia y acompañar a la nueva mujer – madre en el escenario del “espectáculo del dolor” (Cháneton. Oberti, 2003:9).

La dificultad mayor se presenta en la falta de garantía por parte de la corporación médica, en lo que respecta al cumplimiento de los derechos de las mujeres en el ámbito de la salud, más aún en el momento del parto y en los casos de abortos no punibles. Esto se evidencia en el incumplimiento de los protocolos de actuación y la inexistencia de mecanismos institucionales de denuncia a los efectores de salud, o canales institucionales de sanción a estos profesionales.

Cristina Álvarez Rodríguez expresó “hay muchos casos de mujeres que van a tener su bebé y que por no saber los derechos que tienen, lo hacen en condiciones que no son las más

---

<sup>4</sup> En prensa:

<http://www.banoticias.com/notas/general/4739-el-consejo-provincial-de-mujeres-lanzo-campana-para-erradicar-la-violencia-obstetrica>.

agradables”. En esta afirmación claramente marca la orientación del estado en la responsabilización y culpa de la moral burguesa - patriarcal hacia las mujeres, cuando son los efectores de salud quienes deben asegurar el cumplimiento del plexo normativo vigente y los instrumentos técnicos que rigen sus prácticas.

El Comité de Expertas/os del MESCEVI *“recomienda a los Estados incluir disposiciones que no solo sancionen la violencia obstétrica, sino que también desarrollen los elementos de lo que constituye un proceso natural antes, durante y después del parto, sin excesos en la medicación, apropiadamente informado a las mujeres y adolescentes, así como las garantías para asegurar el consentimiento libre y voluntario de las mujeres en los procedimientos vinculados a su salud sexual. Asimismo, recomienda adoptar una perspectiva intercultural que permita la inclusión de las poblaciones indígenas a los servicios de salud y respete sus costumbres y pautas culturales”* (MESCEVI, 2012:40)

El Estado, a través de las áreas programáticas de género del Poder Ejecutivo, las direcciones y programas nacionales, provinciales y municipales, debería efectuar un trabajo visible implementando programas de capacitación efectiva, así como también instrumentos que incluyan a las destinatarias en su diseño e implementación.

Las campañas que puedan poner en la agenda pública la violencia obstétrica como una modalidad del violencia contra la mujer en el ámbito de la salud, no pueden basarse en la exigencia de derechos de las mujeres, porque claramente esto refuerza la minusvalía cívica de las mujeres que pese a exigir el cumplimiento de las leyes que las amparan, no son escuchadas y claramente son castigadas y disciplinadas en sus cuerpos.

Si bien los colectivos de mujeres siguen trabajando arduamente por visibilizar esta problemática, no está garantizado el cumplimiento de la Ley 26.485 y la Ley 25.929.

La respuesta para erradicar la violencia contra las mujeres es compleja y requiere de dos vertientes necesaria: la del reconocimiento subjetivo y la del cambio material. Es preciso visibilizar la violencia obstétrica propiciando herramientas a las mujeres destinatarias de los Servicios de Tocoginecología y Obstetricia, pero también es de suma importancia generar un cambio de paradigma en la corporación médica, vinculada con el rédito económico del disciplinamiento de los cuerpos femeninos a través de las cesáreas y procedimientos de castigo hacia las mujeres.

En este sentido Nancy Fraser afirma: *“Para combatir la subordinación de las mujeres hace falta una aproximación que combine política de redistribución y políticas de reconocimiento.(...)La concepción de la justicia que propongo se centra en el principio de la*

*paridad de participación. De acuerdo a este principio, la justicia requiere arreglos sociales que permitan a todos los adultos miembros de la sociedad interactuar como pares. Para que sea posible la paridad participativa, deben satisfacerse al menos dos condiciones. Primero, la distribución material de los recursos debe ser tal que asegure a los participantes independencia y “voz” (Fraser, 2002 : 5). Fraser concibe al género desde dos dimensiones: el reconocimiento y la distribución, esto permitiría el reposicionamiento subjetivo y político de las mujeres, ya sea a través del acceso a la justicia, como también el derecho cívico a tener una voz, y poder exigir sus derechos y que estos le sean garantizados. Esto supone una transformación cultural y económica que otorgue un lugar distinto al cuerpo de las mujeres, no un escenario y guión estricto del ejercicio de la maternidad y el acceso a la salud, sino el respeto por las necesidades de las mujeres como sujetos de derechos.*

## Referencias bibliográficas

- AA.VV. (2012). Segundo Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención Belém Do Pará. MESECVI.
- AA.VV. (2013). Informe Anual del Observatorio de Violencia de Género. Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires.
- Bonam, Claudia. “Derechos sexuales y reproductivos, reflexividad y transformaciones de la modernidad contemporánea”. Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas: Facultad Latinoamericana de las Ciencias Sociales, 2004. Documento Electrónico.
- Cháneton, July. Oberti, Alejandra. (2003). Historia de Ana. Revista “La derecha y los derechos”, Debate Feminista. Año 14, Vol. 27, abril 2003.
- Cháneton, July. Vacarezza, Nayla. (2011). La intemperie y lo intempestivo. Experiencias del aborto voluntario en el relato de mujeres y varones. Buenos Aires: Ex Libris.
- Femenías, María Luisa. (2008). Articulaciones sobre la violencia contra las mujeres. La Plata: Editorial Universidad Nacional de La Plata.
- Fraser, Nancy. (2002). Política feminista en la era del reconocimiento. Una aproximación bidimensional a la justicia de género. Documento PRIGEPP.
- Ledesma Prieto, Nadia. (2012). Reseña Cháneton, July y Vacarezza, Nayla (2011). La intemperie y lo intempestivo. Experiencias del aborto voluntario en el relato de mujeres y varones, Buenos Aires, Marea, 192 págs. En Mora (B. Aires). Vol. 18 no. 2 Ciudad Autónoma de Buenos Aires dic. 2012.
- ELA. Crónica de un incumplimiento: los abortos no punibles continúan sin practicarse. Recuperado el 6 de noviembre de 2013 en <http://www.ela.org.ar/a2/index.cfm?fuseaction=MUESTRA&campo=htm0005&ext=htm&codcontenido=1057&aplicacion=app187&cni=88&opc=45>. 2012.